**附件3：护士执业注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生日期 | 　 | 近期二寸免冠正面半身彩色照片（加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 工作单位 | 　 |
| 出 生 地 | 　 | 民族 | 　 | 婚否 | 　 |
| 既往病史 | 　 |
| 家 庭 史 | 　 |
| 眼 | 祼眼视力 | 左 | 　 | 右 | 　 | 医师意见：签名： |
| 矫正视力 | 　 | 　 |
| 眼 疾 | 　 | 　 |
| 色 觉 | 　 | 　 |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左 | 　 | 右 | 　 | 医师意见：签名： |
| 耳 疾 | 　 | 　 |
| 鼻及鼻窦 | 　 | 　 |
| 嗅 觉 | 　 |
| 咽 | 　 |
| 喉 | 　 |
| 口腔 | 粘膜 | 　 | 医师意见：签名： |
| 牙及牙龌 | 　 |
| 舌 | 　 |
| 内科 | 呼吸 | 次/分 | 脉搏 | 次/分 | 血压 | / mmHg | 　 |
| 发育及营养 | 　 | 医师意见：签名： |
| 神经及精神 | 　 |
| 肺及呼吸道 | 　 |
| 心脏及血管 | 　 |
| 肝、脾、双肾 | 　 |
| 腹部包块 | 　 |
| 其 他 | 　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 医师意见：签名： |
| 皮 肤 | 　 | 淋巴结 | 　 |
| 头、颈 | 　 | 甲状腺 | 　 |
| 脊 柱 | 　 | 四 肢 | 　 |
| 肛 门 | 　 | 生殖器 | 　 |
| 其 他 | 　 |
| 辅助检查结果 | 胸 片 | 　 | 医师签名： |
| 心电图 | 　 | 医师签名： |
| 肝功能 | 　 | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 | 　 | 检验师签名： |
| 血常规 | 　 | 检验师签名： |
| 尿常规 | 　 | 检验师签名： |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前“√”表示选定该项体检结果）①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病④[传染病](http://www.med66.com/webhtml/project/neikexue/chuanranbingxue.htm%22%20%5Co%20%22%E4%BC%A0%E6%9F%93%E7%97%85%22%20%5Ct%20%22http%3A//www.med66.com/hushi/hushizigezheng/_blank)传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残病说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示：1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、[结核病](http://www.med66.com/webhtml/project/neikexue/jiehebingxue.htm%22%20%5Co%20%22%E7%BB%93%E6%A0%B8%E7%97%85%22%20%5Ct%20%22http%3A//www.med66.com/hushi/hushizigezheng/_blank)7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：体检医院盖章医师签名： 体检日期： 年 月 日填表日期： 年 月 日 |
| 执业机构意见 | 执业机构盖章负责人签名： 填表日期： 年 月 日 |